

XOMILADOR AYOLLARDA KUZATILADIGAN PREEKLAMPSIYA VA EKLAMPSIYA XOLATINI KECHISHI, BELGILARI, PARVARISHI

Sayfitdinova Nilufar Muxammad kizi.

Eshonova Mukaddamxon Erkinovna *terapiya fani o'kituvchilari*
Respublika o'rta tibbiyot va dorishunos xodimlarini malakasini oshirish va
ixtisoslashtirish markazi Farg'ona viloyat filiali

Annotatsiya: *Preeklampsi - 20 haftalik homiladorlikdan keyin proteinuriya bilan birga mavjud bo'lgan gipertenziyaning yangi boshlanishi yoki yomonlashishi. Eklampsiya - bu preeklampsi bilan og'rigan bemorlarda tushunarsiz umumiy tutilish. Tashxis qon bosimi va siydik oqsilini o'lchash va oxirgi organlarning shikastlanishini (masalan, o'pka shishi, jigar yoki buyrak funksiyasining buzilishi) baholash uchun testlar orqali amalga oshiriladi. Davolash odatda IV magniy sulfat va tug'ilish vaqtida yoki ona yoki homila asoratlari uchun erta tug'iladi.*

Kalit so'zlar: *qon bosimi, siydik oqsili, o'pka shishi, jigar, buyrak funktsiya, magniy sulfat.*

Dunyo bo'ylab tug'ilishlarning 4,6 foizida preeklampsi va 1,4 foizida eklampsiya uchraydi (1). Preeklampsi va eklampsi homiladorlikning 20-haftasidan keyin rivojlanadi, ammo ko'p holatlar 34 haftadan keyin sodir bo'ladi (2). Ba'zi hollarda tug'ruqdan keyingi davrda, ko'pincha dastlabki 4 kun ichida, ba'zan esa tug'ruqdan keyingi 6 haftagacha rivojlanadi.

Davolanmagan preeklampsi o'zgaruvchan vaqt davomida mavjud bo'lib, keyin to'satdan eklampsiyaga o'tishi mumkin. Davolanmagan eklampsi odatda o'limga olib keladi.

Preeklampsi va eklampsi belgilari

Preeklampsi asemptomatik bo'lishi mumkin yoki shish yoki to'satdan ortiqcha vazn ortishiga olib kelishi mumkin (>5 funt / hafta). Yuz yoki qo'lning shishishi (bemorning uzugi endi barmog'iga to'g'ri kelmasligi mumkin) kabi mustaqil bo'lmagan shish, qaram shishdan ko'ra o'ziga xosdir.

Eklampsiya umumiy (tonik-klonik) tutilishlar shaklida namoyon bo'ladi.

Jiddiy xususiyatlarga ega bo'lgan preeklampsi organlarning shikastlanishiga olib kelishi mumkin; bu xususiyatlarni o'z ichiga olishi mumkin

Qattiq bosh og'rig'i

Vizual buzilishlar

Chalkashlik

Giperrefleksiya

Qorinning epigastral yoki o'ng yuqori kvadrantida og'riqlar (jigar ishemiyasi yoki kapsulaning kengayganligini aks ettiruvchi)

Ko'ngil aynishi va/yoki qayt qilish

Nafas qisilishi (o'pka shishi, o'tkir respirator distress sindromi [ARDS] yoki yukning ko'payishi natijasida yurak disfunktsiyasini aks ettiruvchi)

Oliguriya (plazma hajmining pasayishi yoki ishemik o'tkir quvurli nekrozni aks ettiruvchi)

Qon tomir (kamdan-kam hollarda)

Preeklampsi va eklampsi diagnostikasi

Preeklampsi: homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin yangi paydo bo'lgan gipertenziya va noaniq proteinuriya (> 300 mg/24 soat yoki siydik oqsili/kreatinin nisbati $\geq 0,3$) va/yoki oxirgi a'zolarining shikastlanish belgilari (1)

Preeklampsi uchun qon bosimi (BP) mezonlari quyidagilardan biridir:

Sistolik qon bosimi ≥ 140 mm simob ustuni va/yoki diastolik qon bosimi ≥ 90 mm simob ustuni (kamida 4 soat oralig'ida kamida 2 o'lchov olinadi)

Sistolik qon bosimi ≥ 160 mm Hg va/yoki diastolik qon bosimi ≥ 110 mm Hg (kamida 2 o'lchov)

Proteinuriya > 300 mg/24 soat sifatida aniqlanadi. Shu bilan bir qatorda, proteinuriya $\geq 0,3$ protein/kreatinin nisbati yoki 2+ ko'rsatkichi asosida aniqlanadi; dipstick testi faqat boshqa miqdoriy usullar mavjud bo'lmaganda qo'llaniladi. Kamroq aniqroq testlarda proteinuriyaning yo'qligi (masalan, siydikni o'lchagichni tekshirish, muntazam siydik tahlili) preeklampsiyani istisno qilmaydi.

Proteinuriya bo'lmasa, homilador ayollar yangi boshlangan gipertenziya uchun diagnostika mezonlariga javob bersa, shuningdek, oxirgi organlarning shikastlanishining yangi belgilari bo'lsa, preeklampsi tashxisi qo'yilishi mumkin.

Og'ir belgilarga ega bo'lgan preeklampsi yangi boshlangan doimiy og'ir gipertenziya va/yoki oxirgi a'zolarining shikastlanish belgilari yoki alomatlari bo'lgan bemorlarda tashxis qilinadi. Qon bosimi mezoni sistolik BP ≥ 160 mm Hg va/yoki diastolik BP ≥ 110 mm Hg kamida 4 soat oralig'ida olingan kamida 2 o'lchovdir.

Yakuniy organlarning shikastlanishining belgilari yoki alomatlari quyidagilardan birini yoki bir nechtasini o'z ichiga olishi mumkin:

Trombotsitopeniya (trombotsitlar $< 100 \times 10^9$ L)

Jigar funksiyasining buzilishi (aminotransferazalarning me'yordan 2 baravar yuqori) muqobil tashxislar bilan hisoblanmaydi.

Dori-darmonlarga javob bermaydigan o'ng yuqori kvadrant yoki epigastral kuchli doimiy og'riq

Buyrak etishmovchiligi (zardobdagi kreatinin $> 1,1$ mg/dL yoki buyrak kasalligi bo'lmaganda qon zardobida kreatinning ikki baravar ko'payishi)

O'pka shishi

Yangi boshlangan bosh og'rig'i dori-darmonlarga javob bermaydi va muqobil tashxislar bilan hisobga olinmaydi

Vizual buzilishlar

Preeklampsiyaning qo'shimcha diagnostik toifalari quyidagilardan iborat:

HELLP sindromi preeklampsiyaning og'ir shakli sifatida tasniflanadi va quyidagi belgilarning barchasi mavjud bo'lganda tashxis qilinadi: laktat dehidrogenaza (LDH) \geq 600 IU/L; aminotransferazlar normadan 2 baravar yuqori; va trombositlar $< 100 \times 10^9$ L. HELLP sindromi atipik klinik ko'rinishga ega bo'lishi mumkin, bemorlarning 15% gacha gipertenziya yoki proteinuriya yo'q (2).

Surunkali gipertenziya bilan bog'liq bo'lgan preeklampsi, surunkali gipertenziya bilan kasallanganligi ma'lum bo'lgan bemorda 20 haftadan so'ng quyidagilardan birini rivojlantirganda tashxis qo'yiladi: yangi tushunarsiz proteinuriya yoki kuchaygan proteinuriya; BPning boshlang'ich darajasidan ko'tarilishi; yoki oxirgi organlarning shikastlanish belgilari. Surunkali gipertenzivasi bo'lgan ayollar preeklampsi xavfi yuqori va ularni diqqat bilan kuzatib borish kerak. Siydik kislotasining ko'tarilishi surunkali gipertenziya emas, balki preeklampsi tashxisini ko'rsatadi (3).

Har qanday turdagi preeklampsi bilan og'rigan bemorlarda eklampsi rivojlanish xavfi mavjud. Ba'zida eklampsi preeklampsi tashxisini qo'yishdan oldin sodir bo'ladi.

Eklampsiya - tonik-klonik, o'choqli yoki multifokal tutilishning boshqa ma'lum sabablari bo'lmagan (masalan, epilepsiya, miya arterial ishemiya yoki infarkt, intrakranial qon ketish yoki giyohvand moddalarni iste'mol qilish) yangi boshlangan.

Baholash

Agar preeklampsidan shubha qilingan bo'lsa, baholash xavf omillari, hozirgi alomatlar va boshqa kasallikni ko'rsatadigan har qanday tarix yoki alomatlar bo'yicha tibbiy tarixni olishni o'z ichiga oladi. Jismoniy tekshiruv qon bosimini o'lchash va yuz yoki yuqori yoki pastki ekstremita shishi, o'pka shishi, qorinning yuqori o'ng kvadrantida sezuvchanlik va giperrefleksiyani baholashni o'z ichiga oladi. Agar vaginal qon ketish yoki muntazam qisqarish mavjud bo'lsa yoki tug'ilishni boshlash rejalashtirilgan bo'lsa, tos a'zolarini tekshirish amalga oshiriladi. Laboratoriya tekshiruvlariga qonning to'liq ro'yxati (CBC), trombositlar soni, siydik kislotasi, jigar testlari, qon karbamid azoti (BUN), kreatinin va agar kreatinin anormal bo'lsa, kreatinin klirensi kiradi. Siydik oqsili dipstick yoki siydik tahlili bilan tekshiriladi; shoshilinch etkazib berish ko'rsatilmagan bo'lsa, 24 soatlik siydik to'plash boshlanadi.

Xomilaning holati stressiz test yoki biofizik profil (shu jumladan amniotik suyuqlik hajmini baholash) va homila vaznini baholash uchun o'lchovlar yordamida baholanadi.

Homiladorlikdagi boshqa gipertenziv kasalliklar

Preeklampsi homiladorlikdagi boshqa gipertenziv kasalliklardan farqlanishi kerak (1):

Gestatsion gipertenziya - homiladorlikning 20-haftasidan keyin proteinuriya yoki oxirgi a'zolar shikastlanishining boshqa belgilarisiz yangi boshlangan gipertenziya; tug'ruqdan keyingi 12 hafta (odatda 6 hafta) bilan hal qilinadi.

Surunkali gipertenziya, agar gipertenziya homiladorlikdan oldin bo'lsa, homiladorlikning 20-haftasidan kam bo'lsa yoki tug'ruqdan keyingi 6 haftadan keyin

(odatda > 12 hafta) davom etsa (hatto gipertoniya birinchi marta homiladorlikning 20-haftasida qayd etilgan bo'lsa ham) aniqlanadi. Surunkali gipertenziya homiladorlikning dastlabki davrida qon bosimining fiziologik pasayishi bilan maskalanishi mumkin.

Preeklampsi va eklampsiyani davolash

Odatda kasalxonaga yotqizish

Homiladorlik davri, homila holati va preeklampsiyaning og'irligi kabi omillarga qarab etkazib berish

Magniy sulfat yangi tutilishlarning oldini olish yoki davolash yoki soqchilikning takrorlanishini oldini olish uchun

Ba'zida antihipertenziv davolash, agar bemor og'ir gipertenziya mezonlariga javob bersa

Umumiy yondashuv

Preeklampsi uchun aniq davo tug'ilishdir. Biroq, erta tug'ilish xavfi homiladorlik yoshi, homila o'sishining cheklanishi, homila bezovtalanishi va preeklampsiyaning og'irligi bilan muvozanatlanadi.

Odatda, onaning barqarorlashuvidan so'ng darhol tug'ish (masalan, tutilishlarni nazorat qilish, qon bosimini nazorat qilishni boshlash (BP)) quyidagilar uchun ko'rsatiladi:

Homiladorlik \geq 37 hafta

Homiladorlik \geq 34 hafta bo'lsa, og'ir belgilar bilan preeklampsi

Buyrak, o'pka, yurak yoki jigar funksiyasining yomonlashishi (shu jumladan HELLP sindromi)

Homila monitoringi yoki testining ishonchli bo'lmagan natijalari

Eklampsi

Og'ir belgilar yoki eklampsiya bilan og'irigan preeklampsi bilan og'irigan bemorlar ko'pincha onalik maxsus bo'limiga yoki intensiv terapiya bo'limiga (ICU) yotqiziladi.

34 dan 37 haftagacha bo'lgan va darhol tug'ilishni talab qilmaydigan homilador bemorlar, hech bo'lmaganda, birinchi navbatda, baholash uchun kasalxonaga yotqiziladi. Agar ona va homila holati ishonchli bo'lsa, ambulator davolanish mumkin; u o'zgartirilgan faoliyatni (o'zgartirilgan dam olish), qon bosimini o'lchashni, laboratoriya monitoringini, homilaning stresssiz testini va kamida haftasiga bir marta shifokorga tashrif buyurishni o'z ichiga oladi. Og'ir belgilarga ega bo'lgan preeklampsi uchun hech qanday mezon rivojlanmasa, tug'ilish 37-haftada sodir bo'lishi mumkin (masalan, induksiya).

<34 haftalik homiladorlikda, agar tug'ilish xavfsiz tarzda kechiktirilishi mumkin bo'lsa, homila o'pkasining etukligini tezlashtirish uchun kortikosteroidlar 48 soat davomida beriladi. Ba'zi barqaror bemorlarga kortikosteroidlar 34 haftadan keyin va 36 haftadan oldin (kech erta tug'ilish) berilishi mumkin, agar ular homiladorlik davrida kortikosteroidlar berilmagan bo'lsa.

Oldini olish

Randomize sinovlarning meta-tahlillari shuni ko'rsatdiki, ma'lum xavf omillari bo'lgan ayollarda past dozali aspirin terapiyasi og'ir preeklampsi va homila o'sishini cheklash darajasini pasaytiradi (1, 2).

Aspirinning past dozasi (81 mg/kun) preeklampsi xavfi yuqori bo'lgan (oldingi homiladorlik, ko'p homiladorlik, buyrak kasalliklari, otoimmün kasalliklar, 1 yoki 2 turdagi qandli diabet, surunkali gipertenziya) bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi (3). Shuningdek, u o'rtacha xavf omili 1 dan ortiq bo'lganlar uchun tavsiya etiladi (birinchi homiladorlik, onaning yoshi ≥ 35 , homiladorlikdan oldingi tana massasi indeksi > 30 , preeklampsi tarixi bo'lgan birinchi darajali qarindoshi, qora tanli ayollar [asosiy irqchilikning proksi sifatida]), past daromadli, shaxsiy tarix omillari, masalan, tug'ilishning past vazni, kam vaznli yoki kichik homiladorlik yoki oldingi homiladorlik, reklama $a > 10$ yillik homiladorlik oraligi [4]). Ba'zi dalillar shuni ko'rsatadiki, aspirin dozasini kuniga bir marta 162 mg ga oshirish preeklampsiyaning oldini olishda samaraliroqdir (5).

Aspirin profilaktikasi homiladorlikning 12 dan 28 haftagacha (ideal 16 haftadan oldin) boshlanishi va tug'ilishgacha davom etishi kerak.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L: Preeklampsi va eklampsiyaning global va mintaqaviy baholari: tizimli tahlil. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 170(1):1-7, 2013. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.005

2. Lisonkova S, Sabr Y, Mayer C, Young C, Skoll A, Jozef KS. Erta va kech boshlangan preeklampsi bilan bog'liq onaning kasallanishi. Obstet Gynecol 124(4):771-781, 2014. doi:10.1097/AOG.0000000000000472

3. Henderson JT, Whitlock EP, O'Conner E, va boshqalar: 8-jadval: Preeklampsiya bilan kasallanish va o'limning oldini olish uchun past dozali aspirinda bemorning tibbiy tarixiga asoslangan preeklampsiya xavfi omillari: AQSh Profilaktika Xizmatlari Vazifalar guruhi uchun tizimli dalillarni ko'rib chiqish. Rokvill (MD): Sog'liqni saqlash tadqiqotlari va sifati agentligi (AQSh), 2014 yil

4. Amerika akusherlik va ginekologiya kolleji (ACOG): ACOG amaliyot byulleteni, 222-raqam: homiladorlik gipertenziyasi va preeklampsi. Obstet Gynecol 135(6):e237-e260, 2020. doi:10.1097/AOG0001000

5. Jonson JD, Louis JM: Preeklampsiyaning kelib chiqishi, patofiziologiyasi va natijalarida irq yoki etnik kelib chiqishi rol o'ynaydimi? Adabiyotning ekspert tekshiruvi. Am J Obstet Gynecol 226(2S):S876-S885, 2022. doi:10.1016/j.ajog.2020.07.038